

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03268

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Khlid Oul Abdellaziz

Date de naissance : 06/07/1953

Adresse : 379, B2 PANORAMIQUE CASA

Tél. : 06 64 49 09 14

Total des frais engagés :

304,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:

Date de consultation : 03/08/2019

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 10/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
09.08.23	C		80,00	
				Fatima Zahra ZHASSIMI Médecin Généraliste n° 1122 C.I.S.S./NARA INABA II

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">PHARMACIE BOUTIQUE</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">OULED HADDOU</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Bd. Ouled Haddou, N° 39 BIS, HAY KIRMIT - CASABLANCA</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Tél. 0522-50-68-26</p>	03/08/03	22.08.03

092058692

092058692

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

D

00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the three-dimensional structure of the human genome as a double helix. The chromosomes are represented by numbered ovals (1 through 22) and labeled pairs (X and Y). The helix is oriented with an upward-pointing arrow labeled 'H' at the top, a downward-pointing arrow labeled 'B' at the bottom, and a rightward-pointing arrow labeled 'G' on the right side. The left side is labeled 'D'.

(Création, remont, adjonction)
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

وصفة

ORDONNANCE

PHARMACIE BOULEVARD
 OULED HADDOU
 Bd. Ouled Haddou, N° 39 Bis,
 Hay Krimat - CASABLANCA
 Tel: 05 22 50 60 26

le 09.08.15

- Yoliva el
gha rem.

- Naseline officinale

1dp P

1sp

2 PLY

préférence avant 1
PPC: 79,50 DH

~~79,50~~
- candida u

~~39,60~~ 1app

2 F/1

1sp

- exoderil
1app

2 PLY pot

LOT: M0040
EXP: 03 2028
PPV: 39,60 DH



PPV 50.60 DN
LOT 1284 PER 03/26

LOT: 254
PER: 02/2025
PPC: 55.10 DHS
ZAHRA MASSINI

PHARMACIE BOULEVARD
OULED HADDOU
Bd. Ouled Haddou, N° 39 Bis,
Hay Krimat - CASABLANCA
Tel: 05 22 50 60 26

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA

Tél : 0522-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06

RDV : 0522-50-45-13

INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



090001520

N° IPP : 969160 N° SEJOUR : 230033316

FACTURE N° 2305009998

DATE D'ENTREE : 09/08/2023 DATE DE SORTIE : 09/08/2023

ASSURE :

MALADE : TOURIA, El Ghalemi

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

TOURIA, El Ghalemi

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.	C	1.00	80.00	80.00						
CONSULTATION DE GENERALISTE									0.00	80.00

Intervenant : 10666 DR ZNASSNI FATIMA ZAHRA	TOTAUX :	80.00								80.00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>										
QUATRE-VINGT DHS										
DATE FACTURE : 09/08/2023	EDITEE LE : 09/08/2023	PAR: CHAKRI	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>							
VISA			<u>N° DE POLICE :</u>							
			<u>Règlement à effectuer à l'ordre de :</u> POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA							
			BANQUE : BMCE - INARA							
			N° compte bancaire : 011.780.0000 54 210 00 60 016 91							

